

# BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

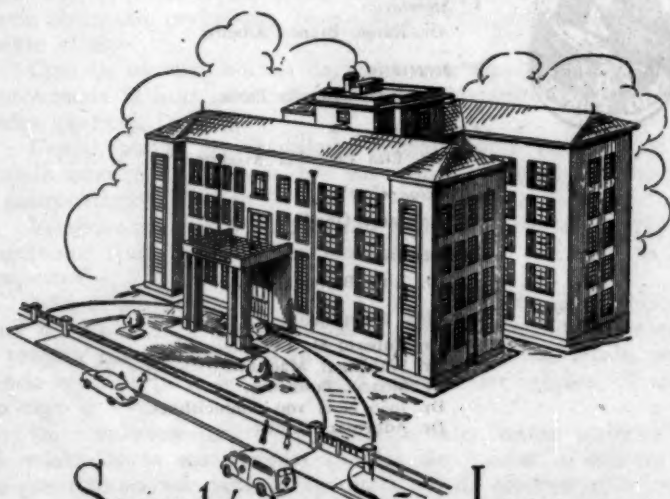
VOL. XV

SETEMBRO DE 1953

N.º 3

## Sumário:

	Pág.
<i>Vagotomia ou gastrectomia? — Experiência Americana — DR. SABINO VIEIRA DE FREITAS JR. ....</i>	35
<i>Tuberculose hiperplástica do colon sigmóide DR. EDISON DE OLIVEIRA ....</i>	42
<i>Movimento do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas em 1952 — DR. ADEMAR ALBANO RUSSI ....</i>	47



Sanatório São Lucas

# Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Editado mensalmente pelo SANATÓRIO SÃO LUCAS  
(Instituição para o progresso da Cirurgia)

sob a direção do:

**Dr. ADHEMAR NOBRE**

Rua Pirapitingul, 114 — São Paulo, Brasil



Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

---

## DIRETORIA 1953 - 1954

### *Presidente:*

Dr. Ademar Albano Russi.

### *Vice-Presidente:*

Dr. Paulo G. Bressan.

### *1.º Secretário:*

Dr. Eurico Branco Ribeiro.

### *2.º Secretário:*

Dr. José Saldanha Faria.

### *1.º Tesoureiro:*

Dr. Elza Leontina Aviecksts.

### *2.º Tesoureiro:*

Dr. Jacyr Quadros.

### *Bibliotecário:*

Dr. Luiz Branco Ribeiro.

### *Conselho Consultivo:*

Dr. Roberto De Luca.

Dr. Waldemar Machado.

Dr. Moacyr Boscardin.

Dr. João Noel von Sonnleithner.

Dr. Adhemar Nobre.



BOLETIM  
DO  
SANATÓRIO SÃO LUCAS  
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XV

SETEMBRO DE 1953

N.º 3

## Vagotomia ou gastrectomia? — Experiência Americana

DR. SABINO VIEIRA DE FREITAS JR. (\*)

*(Ex-1.º Assistente dos Profs. Max e Philip Thorek, em Chicago — Ex-Assist. V. dos Profs. Hollinger e Johnston da Univ. de Illinois).*

A vagotomia simples foi proposta há cerca de dez anos por Dragstedt, do Billings Hospital da Universidade de Chicago, como um sucedaneo revolucionário para a cura da úlcera duodenal, em substituição à gastrectomia ampla. Esta, de vinte anos à data de hoje, tinha adquirido grande prestígio em todo o mundo para a cura dos 15 a 20% dos casos de úlcera do duodeno em que havia obstrução, perfuração, hemorragia e impossibilidade de tratamento clínico.

Com os sucessos iniciais da vagotomia simples parecia que a gastrectomia ia ficar reservada somente ao tratamento cirúrgico das lesões gástricas.

Depois, porém, do entusiasmo inicial veio o relatório de um grande número de fracassos e a vagotomia passou a ser associada à gastroenteroanastomose.

Verificou-se com o passar dos anos que essa associação da vagotomia com a gastroenteroanastomose não colimava os fins propostos.

Não desanimaram, no entanto, os cirurgiões norte-americanos com a vagotomia e recentemente passaram a praticá-la associada à própria gastrectomia sub-total cujos perigos, mortalidade, recorrência e dificuldades haviam sido a razão de ser original da secção do vago.

Do estudo comparativo que vamos fazer vai se verificar que os resultados da gastrectomia simples são, porém, superiores aos da gastrectomia associada à vagotomia. E da observação do cyclo:

(\*) Trabalho apresentado à reunião do Colégio Brasileiro de Cirurgiões na sessão de 16 de abril de 1953.

vagotomia simples, vagotomia mais gastroenterostomóse e, finalmente, vagotomia mais gastrectomia se pôde deduzir facilmente que a vagotomia é um processo cirúrgico em declínio, reservado não mais indistintamente à maioria dos casos de úlcera duodenal cirúrgica, mas somente ao pequeno número deles em que a gastrectomia sub-total simples não possa ser praticada.

### ESTUDO COMPARATIVO

Sobre a vagotomia simples dispomos dos resultados publicados por:

Dragstedt e Camp — 55 pacientes, observados durante 2 e meio a 5 anos — 45 (84%) obtiveram bons resultados.

Moore — 116 doentes observados durante 5 a 45 meses — 97 (84%) tiveram boa melhora.

Grimson — observou 36 doentes de 13 meses a 4 anos — 23 (64%) apresentaram boa melhora.

Relativamente à *vagotomia associada à piloroplastia ou à gastro-enterostomia* foram divulgados os seguintes dados:

Grimson — 100% de 29 pacientes com bons resultados 13 meses a 4 anos após a operação.

Walters — 67 entre 75 enfermos (89%) foram observados de um mês a três anos e apresentaram resultados satisfatórios.

Stein e Mayer — 40 pacientes com úlceras duodenais ou anastomóticas, conservados durante 28 a 50 meses: — 65% bom resultado, 25% mais ou menos e 10% com escassa melhora.

Pollard, Bolt, Ransom e Orebaugh, do Hospital da Universidade de Michigan publicaram recentemente sua estatística comparativa de doentes submetidos 1) à vagotomia isolada (seja transtórica, seja abdominal), 2) à vagotomia mais gastro-enterostomia posterior ou mais piloroplastia, 3) à vagotomia mais ressecção parcial e 4) vagotomia isolada feita depois de gastro-enterostomias com úlceras marginais.

A observação desses enfermos compreendeu o período de um ano, de julho de 1946 a julho de 1947.

Os enfermos foram em número de 38, sendo 35 homens e 3 mulheres.

Idade: — entre 25 e 66 — Média idade: — 49 anos. Todos eram portadores de úlcera crônica recorrente, dos quais 18 (47,3%) tinham evidência radiológica há mais de dois anos. O tratamento clínico fôra tentado sem resultado.

Não houve, em nenhum deles, hemorragia, obstrução ou perfuração. Dos restantes 20 pacientes: — 8 (21%) tinham tido san-

gramentos repetidos — 5 (13,5%) tinham sintomas persistentes de obstrução com confirmação radiológica — 4 (10,5%) tinham história prolongada de úlcera com perfuração — 2 (5,3%) história de sangramento e obstrução e um (2,6%) tinha história de perfuração e apresentava obstrução quando visto.

12 pacientes — vagotomia somente, 7 transtorácicas e 5 abdominais.

21 vagotomia mais gastro-enterostomia posterior ou piloroplastia.

3 vagotomia mais ressecção subtotal do estômago.

2 vagotomia isolada depois de gastro-enterostomia isolada com úlceras marginais.

Tests pré e pos operatório de insulina (Hollander) foram feitos em 33 dos 38 pacientes.

*Negativo* — Assucar caindo abaixo de 40 mgs. por cento sem elevação concomitante da acidez gástrica livre.

*Duvidoso* — Elevação menor de 10 unidades clínicas.

*Positivo* — Si maior.

24 enfermos (72,7%) tiveram tests de Hollander negativos no pos operatório.

5 pacientes (15,2%) tiveram resultados positivos.

4 (12,1%) função vagal parcial.

Ulterior observação desses pacientes revelou: — Ao fim do primeiro ano, 34 (89,5%) com resultados considerados satisfatórios e 4 (10,5%) com resultados considerados não satisfatórios.

Ao fim do 2.º ano — há 29 pacientes (78,4%) na classe dos resultados satisfatórios e 8 (21,6%) com resultados não satisfatórios.

Pacientes que foram submetidos somente à vagotomia: — fracasso ao fim de um ano 16,6%; ao fim de dois anos, 36,4% e ao fim de cinco anos, 36,4%. Ao fim de cinco anos 63,6% de resultados satisfatórios e 36,7% de resultados não satisfatórios, tendo havido recorrência em 18,2%.

21 enfermos foram submetidos à vagotomia e gastroenterostomia ou piloroplastia durante o período de Julho de 1946 a Julho de 1947. Ao fim de um ano 90,5% apresentava resultados satisfatórios, 9,7% não satisfatórios. Ao fim de cinco anos, 85,7% foram considerados satisfatórios, 14,3% não satisfatórios e 4,7% tiveram recorrência.

O resultado de cinco foi igual ao de dois anos.

Na vagotomia isolada o fracasso consistia em anorexia, entumescimento do ventre, diarreia e grande retenção gástrica.



Os fracassos na vagotomia combinada consistiram em tremôres pos-prandiais, sudorése, visão baralhada e lipotimias, 30 minutos a duas horas depois das refeições.

A gastrectomia apresenta mortalidade operatoria de 3 a 5%. 75 a 90% apresenta resultados pos operatórios excelentes.

Em menos de 10% os resultados da gastrectomia são fracos.

Úlcera recorrente — 3 a 4% dos casos.

O quadro seguinte representa uma comparação dos resultados obtidos com a gastrectomia por varios cirurgiões norte-americanos:

#### GASTRECTOMIA

Autor	Ano	Follow up %	Número de casos	Resultados satisfatórios %	Mortalidade %	Recur-rência %
S. John.....	1939	4,3	55	76,4	18	0
Heuer.....	1944	2,5	83	81,9	6	0
Rienhoff.....	1945	2,10	260	78	2	9
Allen & Welch.	1946	3,4	129	87	5,1	2,3
Gaviser.....	1948	5	139	79	5,6	0
Crile.....	1948	—	44	58	4	0
Hinton.....	1950	1,10	162	90	3,7	1,8
Moore & outros	1950	4,8	155	76,1	2,86	0
Colp & outros.	1952	5	206	89,3	0	4,9

#### COMPARAÇÃO MÉDIA

Houve resultados satisfatórios em 86,8% contra 85,7% de resultados satisfatórios nos casos submetidos à vagotomia associada à gastroenterostomia.

##### Recurrência

9,4% nos casos de gastrectomia.

4,7% nos casos de vagotomia associada a gastroenteroanastomose.

##### Mortalidade

6,1% gastrectomias.

0% vagotomias com gastroenteroanastomose.

Estudo comparativo de 99 casos de gastrectomia e de 30 casos de gastrectomia com vagotomia. (Palumbo, Louis T. — Paul R. E. e Westley G. T. A. M. A. — Arch. of Surgery 64: 756 June, 1952).

Em 99 casos de gastrectomia — 72 com follow up — 3 mortes — Complicações post-operatórias em 28; principalmente pulmonares.

A análise gástrica poss-operatória não revelou acidez livre no líquido de jejum em 51 casos, como também depois da aplicação de histamina em 35. Em 5 casos o líquido de estase revelou 1 a 40 unidades de ácido livre. Em 21 pacientes houve um aumento de ácido livre de 1 a 40 unidades depois da injeção de histamina. 68 doentes ganharam peso e 32 não tiveram alteração de peso depois da operação.

97% alívio completo da dor. 80% não necessitaram de dieta. 20% seguiram dieta moderada. 88% adquiriram bom apetite. 90% ficaram livres de náuseas, vômitos e mau estar após as refeições. 18% apresentaram dumping síndrome, em graus variáveis. 65% não requereram refeições frequentes. 31% necessitaram mais de 3 refeições diárias para manter ou ganhar peso. 61% foram estudados radiologicamente. O tempo de esvaziamento médio foi de 45 a 90 minutos. Dois apresentaram ulcera marginal ou do estômago. 87% dos pacientes apresentaram melhora geral com completo alívio dos sintomas.

A anastomose usada nesses casos foi a ante-cólica com alça curta.

Em 30 pacientes de gastrectomia associada à vagotomia — 26 tiveram follow up por 32,6 meses.

1 caso de morte no 9.<sup>o</sup> dia devido a perfuração duoderal e peritonite generalizada. 9 tiveram complicações post-operatórias.

19 apresentaram à análise gástrica post-operatória a ausência completa e persistente do ácido clorídrico livre no líquido de jejum depois do test de insulina de Hollander e depois da injeção de histamina. Em somente 1 paciente desse grupo houve um aumento do ácido livre de 0 a 6 graus depois da administração de histamina.

O estudo da secreção gástrica feito em 10 pacientes desse grupo mostrou 367 cc em média com ausência de ácido clorídrico livre.

43% ganharam peso. 25% perderam peso. 32% permaneceram sem alteração. 70% foram aliviados das dores de úlcera. 22% queixaram-se de dor leve. 8% como antes da operação. 72% puderam viver sem dieta e 28% tiveram que viver com dieta moderada. 80% ficaram com bom apetite. 77% não tiveram náuseas. 23% não tiveram mau estar após as refeições. 6 pacientes apresentam dumping síndrome de grau diverso. 48% não necessitaram de três refeições diárias. 48% necessitaram de 4 a 6 refeições e 4% necessitaram de mais de 6 refeições diárias.

Em todos os casos houve dilatação gástrica e atonia no post-operatório imediato. Esta melhorou em alguns doentes mas em 62,4% o esvaziamento continuou retardado.

Em 37,5% dos casos houve um resíduo gástrico depois de 6 horas. Em 4,1% houve retenção de 4 horas e em 20% o bário ainda era verificado no estômago decorridas 3 horas.

O estudo do trânsito revelou a coluna de bário em 33,3% após 5 horas e em 37,5% após 4 horas. Em 8 pacientes houve segmentação e anormalidades no desenho do intestino delgado principalmente no íleo superior e jejuno.

Não houve ocorrência de úlcera péptica pos-operatória.

Em 15 pacientes foi feita a gastroscopia; 14 apresentavam gastrite. 1 tinha mucosa gástrica normal. 5 eram portadores de gastrite severa, alguns dos quais sem sintomas, e outros com dumping síndrome e queixas gastro-intestinais. 78% tiveram alívio completo dos sintomas.

Minha observação pessoal gira sobre 14 casos, operados no American Hospital, de Chicago durante 1 ano. Preparei os doentes para a intervenção cirúrgica, fui primeiro auxiliar e tomei conta do post-operatório.

Os dois primeiros foram operados de urgência. Havia sofrido vagotomia associada a gastroenterostomia há 3 e 2 anos, respectivamente, naquele mesmo Serviço. Ambos, quando vieram ao Hospital apresentavam quadro clínico semelhante: vômitos, grande distensão abdominal, parada de gases e fezes, pulso rápido, facies de intoxicação. A radiografia simples do abdome revelou a presença de gases no intestino delgado. O primeiro foi laparotomizado e encontrou-se torção parcial do jejuno proximal. Foi feita uma jejuno-jejuno-anastomose tipo Jaboulay-Braun. O paciente teve um pos-operatório acidentado mas conseguiu sair vivo do Hospital. Um mês depois, quando voltou a ver-nos, apresentava distensões post-prandiais, com pequenas crises de diarreia alternadas. Alguns meses mais tarde, tornamos a vê-lo; estava nas mesmas condições. O segundo sofreu laparotomia, degastro-enteroanastomose, termino-terminal, gastrectomia parcial e gastro-entero pre-cólica com alça fixa. Teve pos-operatório tranqüilo. Três meses depois estava em franca convalescença.

Seguiram-se 8 casos de vagotomia e gastro-entero-anastomoses primárias, por úlceras duodenais. Todos eles tiveram grande distensão pos-operatória durante 4, 5, e 6 dias, com pulso rápido, apesar da sucção moderada contínua pelo tubo de Levin.

Dois deles apresentaram grande sideração nervosa.

Sem exceção de 1 só, todos eles apresentavam um, dois e três meses após a operação as mesmas distensões pos-prandiais e a mesma sensação de fraqueza e mau estar. Muitos deles apresentavam alternância de diarreia e prisão de ventre.

O 11.º foi um caso sub-agudo. Havia sido operado em nosso Serviço há cerca de 4 anos. Sentiu-se melhor por dois anos. Depois disso começou a ter perturbações digestivas, pequenos vômitos, distensões abdominais e tontura após as refeições. Finalmente esses sintomas se agravaram e passou a vomitar tudo o que comia. Aos



Raios X e à laparotomia apresentou estreitamento da boca anastomótica. Foi degastrostomizado e gastrectomizado. Pos-operatório normal e convalescença normal.

Os três restantes tiveram pos-operatório normal porém eu não os vi posteriormente porque deixei o hospital para trabalhar com o Prof. Hollinger, na Universidade de Illinois, um mês após suas operações.

Em conclusão: — do estudo das estatísticas anteriores e de minhas observações pessoais cheguei a concluir que: — quanto mais vagotomias, menos vagotomias e mais gastrectomias.

#### REFERÊNCIAS

- 1) Dragstedt. L. R and Camp E. H. — Follow up of Gastric Vagotomy Alone in the treatment of Peptic Ulcer-Gastroenterology 11:460, 1948.
- 2) Grimson. K. S. and others — Vagotomy-Clinical Experiences during 4 years — J. A. M. A. 139:508, 1949.
- 3) Moore. F. D. — Follow up of vagotomy in Duodenal Ulcer — Gastroenterology — 11:4442, 1948.
- 4) Palumbo, Louis T. and others — Partial Gastrectomy with and without Vagus Ressection in Treatment of Duodenal Ulcer. Comparative analyses of Results of Gastrectomy Alone and Combined with Infra — Diaphragmatic Vagus Ressection. A. M. A. — Archives of Surgery, 64:756, June, 1952.
- 5) Pollard, Marvin H. and others — Comparison of Results of Vagotomy and Sub-Total Gastrectomy for Duodenal Ulcer. J. A. M. A. Dec. 13, 1952, vol. 150, n.º 15.
- 6) Stein, I. F. — and others. — Studies on Vagotomy in the treatment of Peptic Ulcer-Clinical and Physiological Results  $\frac{3}{4}$  year after surgery. Surg. Gynec. & Obst. 93:625, 1951.
- 7) Walthers and others — Present Status of the treatment of Peptic Ulcer — Michigan Medical Soc. — 48:202, 1949.

## Tuberculose hiperplástica do colon sigmoide.

DR. EDISON DE OLIVEIRA

1) *Livre-Doente de Proctologia da Faculdade de Ciências Médicas.*

2) *Assistente de Cirurgia e Proctologia da Escola Paulista de Medicina.*

3) *Fellow do Col. Int. de Cirurgia. Do Colégio Brasileiro de Cirurgia.*

A tuberculose hiperplástica, hipertrófica ou produtiva do colon, segundo alguns autores, é primária, embora para outros ela o seja aparentemente.

Já a tuberculose ulcerativa do colon é considerada como secundária a uma lesão assestada nos pulmões ou em outra parte do organismo.

A tuberculose hiperplástica do colon localiza-se, com grande frequência, no ceco e sua ocorrência diminui à medida que se aproxima do reto, daí a tuberculose hipertrófica do reto ser a forma mais rara.

O primeiro caso de tuberculose produtiva do colon foi relatado por DUGET, em 1869. Tratava-se dum caso de tumor do ceco, com as características da forma hipertrófica da molestia, encontrado no decorrer da autopsia. Em 1890, Hartmann e Pilliet descrevem mais dois casos, também esses de tuberculose hipertrófica do ceco.

Este tipo de tuberculose, geralmente, é limitado a um segmento do colon, como no caso presente, mas pode estender-se a vários segmentos ou mesmo a todo o colon.

A localização ao nível do colon sigmoide é rara.

Nos 100 casos relatados por Mumery em somente seis localizava-se a lesão, ao nível do sigmoide.

W. J. MAYO, citado por BARGEN, RANKIN e COPELAND, refere-se à sua raridade e apresenta dois casos com essa localização.

BOESE, de Viena, citado por QUENÚ, apresentou, em 1908, um caso e DAVIS, em 1933, relata mais três casos.

QUENÚ, em 1949, num total de 10 casos de tuberculose do colon que operou no decorrer de vinte e três anos, relata um único caso de tuberculose hipertrófica do colon sigmoide.

BARGEN, RANKIN e COPELAND, em 1930, apresentam dois casos.

Em 1946, HAROLDO SODRÉ e colaboradores fazem uma revisão dos relatórios de 23.564 autopsias e verificam que em 957 havia tuberculose intestinal, sendo que em somente 4 casos era ela primitiva do intestino. Verificam, também, que a lesão se assesta mais freqüentemente ao nível do esfíncter ileocecal e do ileo-terminal.

Separam 200 casos e assinalam que em 97 as lesões se assestam no ceco e colon, não informando, contudo, o tipo de lesão, se ulcerosa ou hipertrófica, e nem em que segmentos do colon foram encontradas.

Como já foi assinalado, a tuberculose hipertrófica é, na maioria das vezes, localizada, e caracteriza-se por uma hiperplasia fibrosa enquanto a caseificação é o apanágio da forma ulcerativa. Via de regra a mucosa não apresenta ulceração e se apresenta intacta.

Não raro, formações polipoides são encontradas ao nível do segmento lesado, fazendo lembrar um cancer do colon, e daí a sua denominação de tuberculose pseudo-neoplásica.

O aspecto macroscópico é semelhante ao apresentado pelo cancer do colon pelo que se explica ser freqüentemente diagnosticado como tal. Como bem assinala. MURRAY "raramente tem sido diagnosticado antes da operação e muitas vezes somente após o exame microscópico é feito seu diagnóstico".

Os sintomas da tuberculose hiperplástica do colon são aqueles duma peri-colite crônica ou dum cancer. Nessas condições tumor, dor, diarreia, perda de sangue nas fezes, febre e constipação são os sintomas que só ou em conjunto podem aparecer. Surtos de obstrução parcial ou um de obstrução aguda também podem aparecer.

Ao contrário do cancer do colon a tuberculose hiperplástica é uma doença mais frequente entre os 30 e 40 anos, o que pode auxiliar no diagnóstico diferencial. Menos frequente que o cancer do colon (QUENÚ em 23 anos opera 10 casos de tuberculose do colon para 200 casos de cancer ceco-cólico) a grande maioria é diagnosticada como cancer, o diagnóstico de tuberculose hiperplástica só sendo feito após o exame microscópico.

O exame radiológico com enema baritado pode mostrar uma falta de enchimento, segundo muitos autores, não distinguível do cancer do colon. Imagens outras podem ser encontradas e que se assemelham às fornecidas pelo cancer do colon.

Por isto não é de se estranhar ter sido feito o diagnóstico clínico, radiológico e operatório de cancer do colon na quasi totalidade dos casos citados na literatura, como o foi também no presente caso.

O tratamento da tuberculose hiperplástica do colon é a ressecção. Na impossibilidade de executá-la deve-se recorrer à derivação, interna ou externa.

A possibilidade duma degeneração maligna secundária é muito exagerada; encontram-se, na literatura, alguns poucos casos como os de HERZOG (citado por DAVIS) e o de CROWDER (citado por MUMERY). São muito raros para indicarem a ressecção como indispensável.

### OBSERVAÇÃO

J. M. O. — 72 anos — branco — viúvo — lavrador — brasileiro. Até há 3 anos evacuava diariamente. Dessa data para cá, às vezes, passava 1 a 2 dias sem evacuar e durante a evacuação precisava fazer muita força. Nessa ocasião, de quando em quando, notava um pouco de sangue vivo nas fezes. Com o tratamento indicado por um médico melhorou, passando bem durante 1 ano. Há 2 anos voltaram os mesmos sintomas, a saber, constipação e às vezes sangue vivo nas fezes.

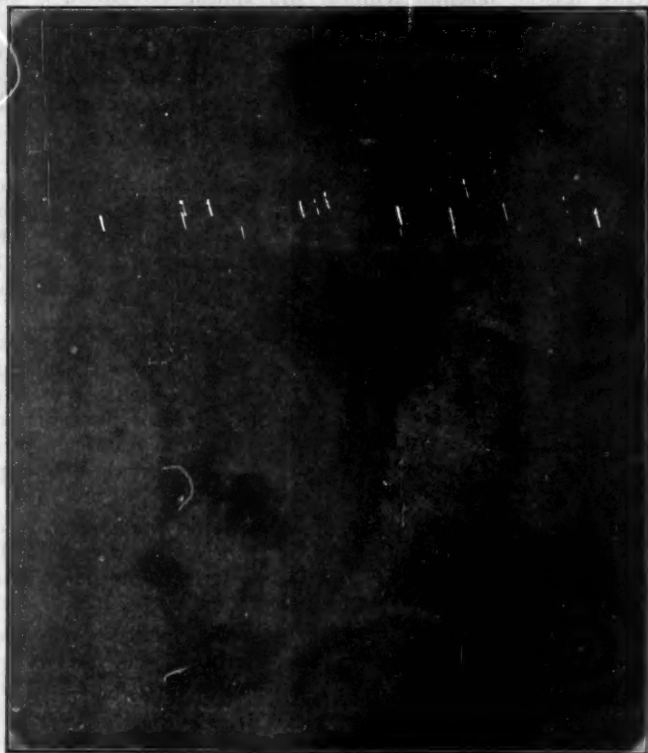


Fig. 1

Ha 4 meses notou o aparecimento dum tumor na porção inferior e esquerda do abdomen e do tamanho duma laranja baía. Quando comprime esse tumor sente uma dor que se irradia para o anus e parece que este diminui de volume.

De 4 meses para cá a digestão se tornou difficil, perdeu o apetite e emagreceu 5 quilos.

Também ha 4 meses que vem sentindo dor ao urinar, dor essa localizada no canal (sic). Refere também que o jacto urinário é fraco.

Por causa de suas perturbações urinárias é que procurou a Escola Paulista de Medicina, tanto que se internou de início, no Serviço de Urologia.

Feitos os exames necessários e nada se encontrando para o lado do aparelho urinario, nesse mesmo Serviço, foram solicitados o exame radiológico do delgado com refeição opaca e o exame radiológico do colon, com enema bariado. Como conclusão o radiologista informou: Sinais radiológicos de discreta enteropatia. Tumor anular do sigmoide, infiltrando órgãos visinho e fixando a alça.



Fig. 2

Com o diagnóstico clínico de *CA* do colon sigmoide é operado em 5 de Novembro de 1951.

Constata-se um tumor estenosante ao nível do sigmoide e aderente à parede posterior da bexiga. A porção proximal do colon se acha dilatada, espessada e cheia de fezes.

Decide-se por uma colostomia, na porção proximal do sigmoide. Deiscencia dos planos superficiais no pós-operatório.

Em 3 de Dezembro de 1951 faz-se a ressecção do tumor, e, pensando tratar-se dum cancer, faz-se ligadura alta da mesentérica inferior com colostomia ao nível do transverso e abandonando-se o côto do reto no perineo (Operação de HARTMANN).

Em 1 de Dezembro de 1952 deiscencia da sutura com evisceração. Operado faleceu no mesmo dia.

Não foi possível obter autopsia.

Laudo do exame anatomo-patológico do material enviado (colon, peça aberta, e ganglios); Tuberculose miliar produtiva.



## BIBLIOGRAFIA

- BARGEN, J. A., COPELAND, M. M. and RANKIN, F. W. — *Tuberculosis of the sigmoid colon simulating a primary malignant lesion*. *Annals of Surgery* 91: 79 — 1930.
- BERARD, L. et PATEL, M. — *Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale*. Masson et Cie. — 1933.
- BRETA, M. M. — *Los tumores inflamatorios del colon*. Sebastian de Amorrontu e Hijos, Buenos-Aires — 1937.
- BROWN, L. and SAMPSON, H. L. *Intestinal Tuberculosis*. Lea and Feliger, 1930.
- CANTOR, A. J. — *Ambulatory Proctology*. Paul B. Hober — 1946.
- DAVIS, A. A. — *Hypertrophic intestinal tuberculosis*. "Surgery Gynec. and Obst." 56: 907 — 193.
- DOWDLE, E. — *Tuberculoma of the descending colon*. "Annals of Surgery" 91: 786 — 1930.
- HAYDEN, E. P. — *The rectum and colon*. Lea and Febiger — 1939.
- LOCKHART, MUMERY, J. P. — *Diseases of the rectum and colon and their surgical treatment*. W. Wood and C. — 1934.
- QUENÚ, J. — *Actualités Chirurgicales*. — G. Doin — 1949, pag. 205.
- RANKIN, F. W., BARGEN, J. A. and BOUIE, L. A. — *The colon, rectum and anus*. W B. Saunders C. — 1935.
- SODRÉ, H. A., CROCE, J. e FARIA, C. V. — *Tuberculose intestinal*. — "Rev. do Hosp. das Clinicas" vol. 1 (3): 317 — 1946.

## Movimento do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas em 1952 (\*)

DR. ADEMAR ALBANO RUSSI

Médico do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas.

### a) DOADORES

No ano de 1952, foram atendidos no Banco de Sangue do Sanatório São Lucas, 847 doadores, cuja distribuição, passaremos a analisar:

1) *Frequência*: a média mensal aritmética foi de 70,6 doadores, com máxima mensal de 126 e um mínimo de 39.

2) *Sexo*: 769 doadores pertencem ao sexo masculino e 88 ao feminino.

3) *Nacionalidade*: Foram sangrados 795 brasileiros e 52 estrangeiros, assim distribuídos.

Portuguêses .....	20
Italianos .....	11
Alemães .....	4
Espanhóis .....	4
Poloneses .....	4
Japoneses .....	3
Lituanos .....	2
Inglese .....	2
Argentinos .....	1
Húngaros .....	1
Sírios .....	1

4) *Côr*: Desses doadores 827 são brancos, 18 pretos e 2 amarelos.

5) *Grupo Sanguíneos*: A distribuição pelos 4 principais grupos sanguíneos foi a seguinte:

Grupo 0 .....	529
Grupo A .....	262
Grupo B .....	44
Grupo AB .....	12

(\*) Relatório apresentado à Sociedade em sessão de 13 de julho de 1953.

6) *Volume*: Obtivemos desses doadores 397.450 ccs de sangue citrado.

**b) TRANSFUÇÕES:**

Realizaram-se no Sanatório São Lucas em 1952, 750 transfusões das quais 738 de sangue, glóbulos e 12 de plasma, com a média mensal aritmética de 62,5 transfusões.

**c) REAÇÕES:**

Observamos a percentagem de 1% de reações do tipo pirogênico e 2% de reações alérgicas. Não tivemos reação de tipo hemolítico ou de outra natureza.

**d) MOVIMENTO TOTAL:**

Desde a sua fundação, isto é, aos 20 de outubro de 1946, o movimento total do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas, foi o seguinte:

Doadores .....	5.141
Volume total de sangue citratado obtido ....	2.684.555 ccs.
Transfusões .....	4.452